

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

349

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

SMIRNOFF LUDMILA

Née à Kirsonoff (Russie), le 10 Mai 1903

Ancienne Externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GIARDIASÉ VÉSICULAIRE

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1929

6

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1929

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

SMIRNOFF LUDMILA

Née à Kirsonoff (Russie), le 10 Mai 1903

Ancienne Externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GIARDIASE VÉSICULAIRE

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHE.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LØPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVÉLAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEROUX	Anatomie pathologique.
BINET	Physiologie.	LÉVY SOLAL	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
CHABROL	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgicale.
CLERC	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
DEBRÉ	Hygiène.	MULON	Histologie.
DOGNON	Physique.	OBERLING	Anatomie pathologique.
DONZELOT	Pathologie médicale.	OLIVIER	Anatomie.
DUVOIR	Médecine légale.	PHILIBERT	Bactériologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	RICHET Fils	Physiologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.	VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HARVIER	Pathologie médicale.	VELTER	Ophthalmologie.
HEITZ-BOYER	Urologie.	VERNE	Histologie.
HOVELACQUE	Anatomie.		
HUTINEL	Pathologie médicale.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	REITTERER	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Éducation physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique
	Puériculture.

Par délibération en date du 2 Décembre 1798, l'Eco'e a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR GILBERT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CARNOT

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse, respectueuse reconnais-
sance.*

AU DOCTEUR GAEHLINGER

A MES CHEFS DE SERVICE

DOCTEUR LAUNAY, CHIRURGIEN DES HOPITAUX
DOCTEUR ARMAND DELILLE, MÉDECIN DES HOPITAUX
DOCTEUR MOULONGUET, CHIRURGIEN DES HOPITAUX.

DOCTEUR GILLEMOT, MÉDECIN DES HOPITAUX
MM.

PROFESSEUR CHABROL, MÉDECIN DES HOPITAUX
DOCTEUR H. BESNARD, MÉDECIN DES HOPITAUX
DOCTEUR TZANCK, MÉDECIN DES HOPITAUX
DOCTEUR LAGARENNE

AUX DOCTEURS MARÉCHAL; FRIEDEL, BOUTTIER,
MES CHEFS DE CLINIQUE

A MM. HILLEMAND, ISELIN, MACHAVONE

A MONSIEUR WHITTEMORE

*Qui a bien voulu s'occuper de nous.
Affectueuse reconnaissance.*

A MADAME CHEMINON

Avant-Propos

La giardiasse vésiculaire est un chapitre nouveau de la pathologie intestinale connue seulement depuis l'introduction du tubage duodénal.

Cette notion de giardiasse vésiculaire doit être rapprochée de la persistance de bacilles typhiques dans la vésicule des porteurs de germes. Elle explique la persistance indéfinie, chez ses sujets, des lamblias comme des bacilles typhiques. Elle met en valeur le rôle que joue le giarda dans la pathogénie de certaines cholecystites et des affections hépatiques au cours de l'infection à giardia un rôle d'autant plus intéressant que la giardase n'est plus considérée comme une infection rare et exotique, mais comme très fréquente, au contraire, dans les pays tempérés.

Le Giardia

Le giardia est connu depuis très longtemps, Lœwenhook l'a observé (en 1861) dans ses selles et l'a examiné à l'aide de son système optique; Lambl, en 1859 les décrit sous le nom de *Cercomanas Hominis*, et en 1882, Grassi les désigne sous le nom de *Métagastoma antéricum*. Leur nomenclature était la cause de nombreuses discussions. Pendant une période considérable il était connu sous le nom de *Lamblia*, et c'est seulement après les travaux d'Aiseley (en 1919) et Dobell (1916) et de Kofoid (1925) qu'il est connu sous le nom scientifique de *giardia intestinalis*.

Beaucoup de genre de giardia étaient trouvés, parasite de l'homme, de chien, de rat et de souris. Ils varient les uns des autres, mais tous ont certains traits morphologiques communs qui les rendent facilement reconnaissables. Les formes adultes de giardia de l'homme peuvent être retirés par le tube duodénal et conservés vivants à 37°. C'est un flagellé piriforme dont l'extrémité postérieure est pointue. Il est long de 15 à 20 m/m sur 8 à 10 m/m de large, légèrement aplati transversalement. La base en est déprimée en cupule et de part et d'autre, de cette dépression on aperçoit, après coloration élective ou par simple transparence, deux noyaux. Au dessous de la dépression basale s'échappe huit flagellés qui ont un trajet recourbé. Ces filaments sont très difficile à mettre en évidence et donnent au flagellé de face, d'après la comparaison de Morenas, « *l'aspect d'un ballon sphérique avec cordage flottant au vent* ».

Les flagellés se reproduisent par division dans l'intestin et passent dans les selles sous formes enkystées, leur permettant de résister au milieu extérieur. Leur recherche dans les selles est un bon moyen de diagnostic. Le cycle évolutif du giardia est à peu près le même que de l'amibe dysentérique (8 à 10 jours). Les kystes sont ovoïdes, possèdent une double paroi et mesurent 9 à 13 m/m sur 7 à 9 m/m. Il existe une cloison oblique suivant plus ou moins le grand axe et l'on peut distinguer deux et parfois quatre noyaux. La solution iodée les colore en brun, parfois en bleu. Dans les cais aigus, le giardia passe dans les selles sous la forme végétative. Il est extrêmement mobile et il est visible après coloration à l'hémotoxyline ferrique ou au Mann.

Les giardias vivent dans l'intestin en se fixant sur les muqueuses. L'alcalinité leur est favorable.

Le duodénum (lumière et glande de Lieberkhün) et le jejunum constituent leur habitat de prédilection, ainsi que l'ont montré les autopsies de Moritz et Holtz et les constatations de Daflein en 1916, sur un supplicié. Dans les cas de parasitisme intense le giardia envahit tout l'intestin. La vésicule, l'appendice diverticule du colon servent de foci d'infection à giardia.

Comaheïn et Zabel ont signalé leur présence dans le liquide de stase gastrique chez des sujets anachlorydriques.

Fairisè et Jeanin ont trouvé le parasite dans toute la paroi intestinale, où il formait des abcès sous-muqueux et intra-muqueux jusque dans le péritoine viscéral.

Smithies, en 1922, signale la présence de giardia dans la

muqueuse vésiculaire d'une vésicule enlevée chirurgicalement.

Le contenu, solide et mou, du gros intestin est moins favorable au giardia, où il se rencontre sous formes de kystes.

Les auteurs américains signalent la fréquence de giardia plus grands chez les enfants (table établie par Miss Nalke en 1921).

Ils n'admettent que la contagion interhumaine.

En France, Deschiens insiste sur la possibilité de la contagion de giardia animal. Cette opinion expliquerait les épidémies de giardiose qui sévissaient dans les tranchées pendant la grande guerre.

Dans les pays chauds, les porteurs de germes lambliens constituent un grave danger et leur stérilisation est nécessaire.

**La Giardiose avant et après le tubage
duodénal**

Divers auteurs, tout en n'attribuant pas de rôles spécifiques au giardia, admettaient qu'il complique les infections intestinales et les prolongent.

Encore en 1922, Brumpt admettait que giardiase n'est pathogène qu'en 10 p. 100 des cas. Maintenant son pouvoir pathogène paraît bien établi.

Fantham et Porter ont trouvé post mortem dans deux cas de lambiase la destruction de cellules épithéliales.

Fairise et Jeanin ont signalé un cas de perforation intestinale puis d'occlusion qu'ils imputent à giardia.

Enfin, très nombreuses sont maintenant les observations de giardiase pure sans qu'aucune autre infection intestinale ait été constatée. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que l'association des amibes aux giardias est fréquente.

En 1918 Goiffon et Roux ont publié une étude sur le rôle pathogène du giardia. D'après leurs observations le giardia crée tantôt des lésions aiguës, tantôt l'entérite franche, tantôt passe inaperçu. Ils décrivent trois formes cliniques correspondant à ce triple rôle pathogène de lambiase : dysenterie, entéro-colite chronique, forme latente. Depuis la guerre nombreux auteurs font mention des troubles vésiculaires au cours de l'infection à « *Lamblia* ». Le tubagé duodénal a permis de dépister cette localisation de giardia à la vésicule et explique ainsi la fréquence de troubles vésiculaires observés. On connaît la part importante de la vésicule biliaire au cours des infections de tractus gastro-intestinal. Les travaux expérimentaux de Parker et de Franki, de

Meyer et Nelson, l'ont démontré expérimentalement au cours de l'infection à bacille d'Ebert, para A. et B., bacille de dysenterie et de choléra. La revue de Sooper, *Relations chipe bitiwun diseases gastro-intestinal tractus* publiée en 1922, montre l'importance de troubles biliaires au cours de l'infection au protozoaires. Le tubage duodénal complète et précise l'enseignement clinique. Depuis son introduction le giardia a été très fréquemment constaté dans le ilquide de tubage. Au début c'était des trouvailles au cours de drainage des voies biliaires pour cause de diagnostice ou de thérapeutique. Ces constatations étaient surtout intéressantes au cours de gastro-entérites à giardia associé à des obscures manifestations douloureuses siégeant dans la région épigastrique et dont l'étiologie n'était pas apparente. Les publications de Lyon, qui trouve des giardias chez ses deux malades de Walter Reed Hospital, souffrant de leur vésicule, étaient suivies par les rapports semblables de B. B. Lyon, Smithies, Swalm, Swan, Knighlon en Amérique; Boydt, au Canada. Smithies en 1922, rapporte la présence de giardia dans la vésicule d'un homme atteint d'une giardiase avec des troubles hépatiques.

Son observation est une des plus importantes montrant que dans certaines conditions pathologiques le giardia peut se trouver dans la vésicule et rester vivant dans la bile concentrée de cet organe.

1923; Kantor (*Arch. int. de médecine*, Chicago) rapporte un nouveau cas de giardiase vésiculaire.

1925. L'observation de Simon montre la présence de giardia dans la muqueuse vésiculaire. L'existence des troubles vésiculaires au cours de giardiase lui paraissait si fré-

quente qu'il a systématiquement palpé la région vésiculaire chez ces colitiques Lambliens.

Depuis nombreux travaux sur les voies biliaires font mention de parasites comme facteur des troubles biliaires et de plus en plus fréquemment on décrit l'infection à *Lamblia* se manifestant par entéro-colite associé à la cholecystite.

Les allemands ont beaucoup insisté sur le rôle important de *giardia* dans la genèse des troubles vésiculaires (travaux de Bern, Korkis, Langer, Loeber, Westphal et Georgi). Felsenriend et Julke s'appuyant sur la présence de *giardia* au milieu des flocons de mucus et de cylindre biliaires concluent au siège surtout vésiculaire de *giardia*, d'où il serait expulsé à l'occasion de l'excitation biliaire. Se plaçant à un autre point de vue Westphal et Georgi ont systématiquement recherché les *giardias* dans la bile des sujets normaux et des malades atteints de troubles hépatiques. Ils ont trouvé trois fois des *Lamblias* sur vingt-cinq malades atteints de cholecystite. Les recherches faites sur les témoins non atteints de l'affection hépatique ont été toujours négatifs. Enfin, ils ont trouvé des *giardias* dans le liquide d'une vésicule enlevée chirurgicalement.

La constatation de *giardia* au cours des tubages duodénaux a suscité d'abord l'idée de *Lamblia* duodénale. Mais si cette notion de *lamblia* duodénée explique la chronicité de certaines formes des *giardias*, l'absence de diarrhées et des parasites dans les selles, elle ne rendait pas compte de l'extrême ténacité de l'infection et de sa résistance à la thérapeutique. Meltzer et Lyon cependant ont constaté que les voies biliaires et particulièrement la vésicule étaient in-

fecté encore plus abondamment que le duodénum chez les sujets porteurs des Lamblias. L'emploi de leur procédé de drainage des voies biliaires a permis dans nombreux cas de constater le parasite dans la fraction B de la bile supposé venu de la vésicule et conclure à l'existence de giardiasse vésiculaire. Elle consiste à injecter au moyen de la sonde d'Einhorn de solution de sulfate de magnésium dans la deuxième portion du duodénum. Sous l'influence de l'injection duodénale il se produit au bout de quelques minutes une évacuation de liquide épais, foncé, qui n'est autre chose que la bile vésiculaire. Cette évacuation est due à la contraction de la vésicule et relachement de sphincter d'Oddi.

En 1925, le Professeur Carnot a publié (*Paris Médical*) avec Libert, deux observations de Lambliase où les lamblias se trouvaient uniquement dans la bile B. obtenue par l'injection duodénale de sulfate de magnésie. Depuis le lamblia a été trouvé maintes fois par lui dans la bile B.

De leur côté, Marcel Labbé et ses élèves ont fait des constatations analogues et ont rapporté huit observations de giardiasse vésiculaire, dont une observation commune au professeur Carnot. Cade Morenus et Grivet en même année, 1925, publient de leur côté une observation de giardiasse vésiculaire où aucun symptôme n'attire pas l'attention sur le foie.

Les tubages réitérés ont permis de constater la présence de giardias dans la bile B nettement plus abondant que dans le liquide duodénal, et ultérieurement ont permis de suivre les progrès de traitement.

En septembre 1925, Vincent Lyon et William Swalm si-

gnalent des cas de lamblases soignés par eux dans lesquels les malades avaient été suivis pendant des mois et où l'existence de *Lamblia* n'avait jamais été constatée dans le simple liquide d'aspiration duodénal. Après l'épreuve de Meitzer-Lyon les parasites apparaissaient exclusivement dans la bile B. Cette particularité a été signalée aussi par Swalm, Bockus, Knigton. Ils ont supposé que le giardia peut ascensionner et atteindre la vésicule qui devient ainsi un réservoir à virus.

Ils entretiennent par leur migration du duodénum un processus pathologique ou prennent seulement part à une autre infection d'origine déjà reconnue. Leur opinion allait à l'appui de l'opinion de Felsenreich et Satke, du siège surtout vésiculaire de giardia. Cependant la constatation de *Lamblia* dans la bile B qui était la preuve de l'existence de parasite dans la vésicule n'a pas été accepté comme valable par tous les auteurs.

Chiray et Lebon publient (en 1925 devant la Société Médicale des hôpitaux de Lyon), l'opinion qu'il s'agissait des giardias détachés par l'action décapante de sulfate de magnésie sur la musqueuse duodénale. Ces auteurs s'appuient sur un cas de vésicule calculeuse est imperméable et cependant la présence de la bile B. La même opinion a été émise aussi par Bœck en 1927, qui publie aussi des cas de cholecystite et de lithiase avec coexistence de la bile B.

Cependant divers faits sont en faveur de l'origine vésiculaire de *Lamblia* obtenu par l'épreuve de Meltzer-Lyon. Les grosses modifications de colorations biliaires coïncident avec l'augmentation énorme du nombre de lamblia, tandis

que la bile A et C ne contient d'habitude qu'un nombre restreint de Lamblas.

Enfin on s'est servi au cours du tubage duodénal de l'injection de l'éther qui produit une véritable desquamation de la muqueuse sans que les recherches faites dans le liquide ainsi obtenu aient montré de Lamblas.

La présence incontestable de giardias dans la vésicule est démontré par Smithies et Weslphal qui ont trouvé des giardias dans la muqueuse de vésicules enlevées chirurgicalement. Nombreux travaux américains ont affirmé l'origine vésiculaire de la bile B : Mac Casky, Pearson, Bockus, Hollander accepte l'origine vésiculaire de la Bile B. Les travaux de Graham donnent des explications intéressantes de l'origine de bile B en cas de vésicule calculeuse et imperméable.

Enfin l'argument nouveau en faveur de l'origine vésiculaire de la bile B est apporté par le professeur Carnot qui s'est servie de la méthode de Schœndübe.

Elle consiste en injections intramusculaires de la lobe postérieure de l'hypophyse, qui permet l'évacuation de la vésicule sans aucune action directe sur le duodénum. La bile B ainsi obtenue est d'origine incontestablement vésiculaire.

L'évacuation de la vésicule se produit au bout de 20 à 25 minutes. Elle était appliquée dans un cas de giardiase rebelle associée à l'ambiase.

25 minutes après l'injection intra-musculaire du lobe postérieur de l'hypophyse on obtenait par le tubage duodénal une bile foncée tenant en suspension de nombreux flacons de mucus tournés en spirale et giardias en nombre de 50

pour chaque flocon de mucus, tandis que simple liquide d'aspiration duodénale n'a permis de constater que quelques rares giardias.

La Giardiase vésiculaire :
Signes cliniques

La Lamblia vésiculaire n'est qu'un syndrome surajouté au cours de giardiasse intestinale. Elle n'a pas de tableau clinique caractéristique. Ce n'est souvent qu'une douleur vague à l'épigastre, subictère fugace, petites poussées fébriles, état nauséux et migraineux dont l'étiologie paraissent inconnu sans la notion de giardiasse préexistante. Oui c'est l'altération de l'état général, insolite au cours d'une infection réputée bénigne et nullement cachectisante, qui attire l'attention. Ou encore c'est une trouvaille au cours de drainage des voies biliaires pratiqué systématiquement maintenant chez tous les Lambliens; chez qui souvent l'intensité de syndrome intestinal cache les troubles biliaires. Le plus souvent on a affaire à un colitique lamblien présentant un état dyspeptique chronique, rebelle au traitement et aux régimes. Il présente des crises de diarrhée intermittente. Le matin il est réveillé par une colique aboutissant à l'expulsion d'une selle liquide, glaireuse (2 à 3 fois par 24 heures). L'appétit est encore conservé. Les douleurs, si elles existent, n'ont aucune relation avec les repas. A l'examen il existe un peu de ballonnement abdominal, gargouillement cœcale parfois, légère sensibilité du cadre colique. La vésicule est parfois douloureuse ou grosse, décelée radiologiquement, il existe un léger subictère.

La température est habituellement normale, mais peut être fébrile d'une façon temporaire ou par poussées, témoignant ainsi de l'existence de l'angiochlecystite atténuée. L'eosinophilie est absente.

L'examen de selles ne montre pas de parasites. Seul le tubage duodénal montre la présence de *L. amblia*s. L'évolution de la maladie est très longue. L'altération de l'état général progresse et aboutit à l'asthénie, cachexie assez avancée [(8 observations de Labbé) signalant cette cachexie]. Sous l'influence du traitement, tous les symptômes disparaissent et l'état général se modifie radicalement, ce qui parle en faveur de l'origine lambliaenne de cette cachexie.

Le diagnostic de giardiase vésiculaire est un diagnostic de laboratoire par l'examen microscopique de liquide retiré au cours de tubage duodénal et épreuve de Meltzer-Lyon. Ces derniers sont le complément indispensable de recherche de giardiase dans les selles.

Dans le vésicule, le giardiase provoque une inflammation peu intense en général.

La bile contient en excès les leucocytes le mucus en excès sur les filaments duquel tournés en spirales, se trouvent appliquées les formes végétatives de *Lamblia*s.

La bile est d'habitude claire et ne présente aucune modification d'aspect.

C'est une cholecystite atténuée.

Thérapeutique

La lambiase était réputée difficilement curable. Divers agents ont été employés sans aucun succès durable. Nous ne pouvons pas énumérer ici tous les médicaments employés; leur multiplicité témoigne de leur inefficacité. La notion de Lambiase vésiculaire secondaire peut être à la Lambiase duodénale et n'excluant pas celle-ci explique la persistance indéfinie de parasites chez les sujets infectés, et leur résistance à toutes les thérapeutiques.

Depuis l'emploi des arsénobenzène et l'introduction de tubage duodéal, la thérapeutique a fait de grands progrès Woglein et Thompson (*Rate of excecetion of arsenicales* 1922 et Davies (*The excitations or arsenicales after serials administration or arspenamin. Archives de Dermat. et Syph.* 1927) en précisant le taux et la forme de l'élimination de l'arsenic, concluent à l'efficacité de son emploi dans les giardiase profond et vésiculaire.

Mais déjà en 1921 et plus tard en 1927, Marchoux étudia l'action de nouveaux dérivés arsenicaux organiques découverts par Fourneau (stovarsol et acetylarsan) sur les giardias. Il conclut à leur action manifeste mais éphémère. Cayr Chaneller Simon publient des travaux sur l'emploi de néo-salvarsant au cours de Lambiase vésiculaire.

Kantor étudie particulièrement cette question, il emploie l'injection intra-veineuse de néo-salvarsan dans un cas de giardiase rebelle, et ou les tubages réitérés et lavages ou solution de Jutte et emploi de l'acide chlorhydrique, se sont

montrés inefficaces. Il insiste sur les doses massives et néo-salvarsan (0 gr. 60).

Les doses initiales petites sont à rejeter puisqu'elles permettent au parasite de développer une immunité envers l'arsenic et résister ainsi à des doses ultérieures plus fortes. Pour tâter la susceptibilité de sujets il conseille de faire la première injection en deux fractions.

Une première injection intraveineuse de 0 gr. 2 de néo-salvarsan est suivie une heure après d'une deuxième injection de 0 gr. 6 à 0 gr. 9 de néo-salvarsan. Procédant ainsi il n'a jamais eu des accidents. Dans le cas rapporté par lui trois injections à huit jours d'intervalle ont été suffisantes pour stériliser son malade.

Le succès du traitement a été vérifié par l'examen du liquide de tubage et de selles qui se montrait négative depuis la deuxième injection et un mois après la fin du traitement.

Le tubage duodénal suivi après l'épreuve de Meltzer-Lyon, au moment où la vésicule se contractant chasse hors de leur repaire, les giardias, de l'injection *in situ* d'une préparation arsenicale, permet d'exercer l'action parasiticide vésiculaire et duodénale. Le drainage médical des voies biliaires supprime la cause des troubles réflexes et facilite l'élimination du parasite en le chassant de la vésicule (pour technique voir thèse de Libert 1924, Paris). Malheureusement le tubage duodénal prélude indispensable de l'injection magnésienne n'est pas toujours accepté. Dans ce cas l'emploi du procédé de drainage de voies biliaires du docteur Gaehlinger peut être appliqué. Se basant sur ses expériences antérieures faites sous la direction du Professeur

Carnot et publiées avec lui (*Société de Biologie*, 5 mai 1929) il emploie le drainage des voies biliaires par l'eau de Châtel-Guyon additionnée de sulfate de magnésie.

Le traitement est établi de façon suivante : le matin à jeun, le malade prend 50 gr. d'eau de Châtel-Guyon dans lesquelles il fait dissoudre de 5 à 7 gr. 50 de sulfate de magnésie, puis 20 minutes et une demi-heure plus tard 50 cc. de l'eau de Châtel-Guyon pure, et ainsi trois jours de suite.

L'évacuation se produit souvent dès le premier jour du traitement, au plus tard le troisième jour. Cette méthode facile et très maniable calme et soulage les malades présentant des troubles fonctionnels vésiculaires. Mais, elle doit être associée au traitement arsenical qui seul permet la stérilisation des sujets infectés par giardias.

Conclusions

1. Les manifestations cliniques de giardiasse vésiculaire sont très atténués, son intérêt principal est dans la localisation anatomique de giardia qui ainsi embusqué, a résisté si longtemps à la thérapeutique.

2. L'infection à *Lambli*a ne peut être soignée que par une médication cholétrope.

3. L'injection intraveineuse de néo-salvarsan est une médication spécifique et puissante de giardiasse vésiculaire et profond. Le succès du traitement est dû à l'élimination de l'arsenic par l'entier tractus intestinal et biliaire.

4. Les doses de néo-salvarsan doivent être suffisantes (0 gr. 60). Les doses petites sont mauvaises permettant au parasite de développer l'immunité envers l'arsenic et résister ainsi aux doses ultérieures croissantes.

5. Les progrès du traitement doivent être suivis par des tubages réitérés.

6. Le tubage duodénal et drainage médical des voies biliaires sont un complément indispensable du traitement arsenical. Ils suppriment la cause de troubles réflexes assurant l'évacuation de la vésicule et élimination du parasite.

7. Suivis *in situ* de l'injection arsénicale le tubage exerce une action parasitaire vésiculaire et duodénale, assurant ainsi la stérilisation de porteur des germes.

Vu, le Doyen : *Vu, le Président :*

ROGER. CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- TIXIER. — Le *Lamblia*. — Société Nationale de Médecine et des sciences médicales.
- DOPTER. — La *Lamblia*se. — *Paris Médical*, 1925.
- MARC GILL. — *Giardiase*. — *Jm. Ass. Chikago Philad.*, 1922.
- KOFOID et CHRISTIANSEN. — Of *Giardia Microti*. — *Univ. Calif Pathol. Zool.*, 1925.
- KOFOID. — A critical review of the nomenclature of Human intestinale flagellatae. — *Univ. Calif. Pathol. Zool.*, 1923.
- MUXCY. — The *Giardia intestinalis* a common protozoan parasite of children. — *Arch. int. de médecine*, 1921.
- FANTHAM et PORTER. — The pathogenicity of *giardia intestinalis*. — *Am. J. hygiène*, July, 1923.
- SIMON. — A critical review of supposed rodent origine of human giardiâsis. — *Journal et Société de gastro-entérolog.*, 1924.
- FAIRISSE et JEANNIN. — Affect. à *Lamblia*. — *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*.
- FANTHAM. — Remark on the nature and distribution of the *Giardia*. — *Tropical diseases, Bulletin Londres*, 1911.
- CHENEY, SEVER. — *Giardia* infection. — *M. et Chirurgie Philad.*, 1922.
- CARNOT, LIBERT, GAEHLINGER. — La *giardiase vésiculaire* et intestinale. — *Paris-Médical*, 1925.
- CARNOT, GAEHLINGER. — *Lamblia*se vésiculaire ou intestinale ? Présence de *Lamblia* dans la bile vésiculaire après l'injection hypophysaire. — *Paris-Médical*, 1926.

- LABBÉ NEPVEUX, GRAVILLA. — Lambliase vésiculaire et intestinale. — Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 1925.
- MORENA. — Données pratiques sur la Lambliase. — Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 1925.
- KANTOR. — Lamblia infections associated with cholecystitis. — *Arch. of internal. Médecine*, 1925.
- SMITHIES. — Protozoaires occuring temperate zone résidents. — *American Journal of Tropical médecine*, Baltimore, 1925.
- TRSZEHINSKI. — Importance of ex. of bily ducts in infection of Giardia Polska Gazeta, 1924.
- BOYD. — The détection of Lamblia intestinales by means of duadenal tube. — *Kanada Med. Association J. Toronto*, 1921.
- SIMON. — Gastro-intestinal aspect of gallbladder diseases New Orléans Med. et Surg. J., 1921.
- LIBERT. — Tubage duodénal. — Thèse de Paris, 1924.
- BOECK. — Giardiasis in men : his provenance in relation to diarrhea und gallbladder diseases. — *Arch. int. de Méd.*, 1927.
- SIMON. — Lamblia traité par le tubage duodenal. — *J. Soc. Gastro-ent. et protocol.*, 1923.
- JAKIMOFF, WASSILEREWSKI. — Sur la chimiothérapie de la Lambliase.
- VOEGLEIN et THOMPSON. — Rate of excretion of arsenicales. — *Arch. du Dermat. et syphilis*, 1925.
- DAVIES. — The excretion of arsenicales aphter serial administration of asphenamine. — *Arch. de Dermat. et syphilis*, 1922.
- MARCHOUX. — Action de stovarsol cont. la lamblia. — *Bull. Société Pathol. exotique*, Paris, 1923.
- GAEHLINGER. — Nouveau procédé de drainage des voies biliaires. — *Paris Médic.*, 1925.

- MARTIN. — Duodnal drainage in biliari diseases. —
Arch. int. de Méd., 1927.
- BOCKUS et JERSON. — Simultanéus non surgical drainage
of gallbladder. — *Arch. int. médecine*, 1928.
- GEORGI. — Pratical value of the method of Graham. —
Radiologie Saint-Paul, 1926.
-



MP. COMMERCIALE PEARRETT, LIMOGES



